

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Estelle ROULET

Le 01 juin 2018

Intérêt à moyen et long terme des techniques d'autohypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques

Directeur de thèse : Dr Nathalie CANTAGREL

JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Christophe SOL

Madame le Docteur Nathalie CANTAGREL

Madame le Docteur Cécile LESTRADE

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET Anoré	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FRIXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSAY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD François	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHAL A. Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

7 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.	P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe	2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RADOUX, Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yvas
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Christophe SOL, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Nathalie CANTAGREL, je suis très contente de ce projet mené ensemble. Merci pour ta disponibilité et la rapidité de tes réponses. Merci à toutes les deux pour toutes ses pauses entre midi et deux prises sur votre temps libre et utilisées à me donner de précieux conseils, indispensables à la poursuite de mon travail. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Madame le Docteur Cécile LESTRADE, je suis ravie de t'avoir rencontré au cours de cette étude. Merci pour tout ce temps passé à m'épauler ainsi que pour ta bonne humeur permanente. J'ai appris énormément de choses sur ce sujet au cours de cette année, c'était passionnant. Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse et de vous intéresser à mon travail. Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC, je suis très sensible à l'intérêt et au temps que vous avez accordé à ce travail en acceptant de faire partie du jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère considération

A mes collègues de travail,

Merci à toute l'équipe du **service des urgences de St Gaudens**, à tout le **service de gériatrie d'Auch** et à l'équipe des urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants à Purpan. Ces semestres à l'hôpital ont été extrêmement formateurs. Merci pour vos conseils et votre patience.

Au **Dr Alain CROESI** et au **Dr Yves PAUBERT**, ce semestre a été très important pour moi. La découverte de ma spécialité à vos côtés a été particulièrement enrichissante. Merci à tout le temps que vous m'avez consacré, à la transmission de votre passion et de votre magnifique rapport à vos patients. J'applique encore au quotidien vos conseils. Merci Alain d'avoir fait le déplacement depuis le beau département de l'Ariège pour être là ce soir.

Aux **Dr SALSON Philippe**, **Dr RICH Serge** et **Dr LOZAT Raphaël**, merci pour votre accueil et merci de m'avoir fait découvrir la médecine semi-rurale de Moissac.

Aux **Dr Marie Christine EDOUJ**, **Philip PERSIL** et **Dominique PERNIN**, un immense merci à vous trois pour ce dernier semestre avant le grand saut. A vos côtés, j'ai consolidé mes connaissances et pris confiance en moi. Merci pour votre bonne humeur, vos petites attentions, votre implication aussi bien professionnelle que personnelle. Je suis très touchée que vous soyez là en cette occasion si importante.

Un grand merci au **Dr Gilles Dawance** de m'avoir transmis et permis d'utiliser les résultats de son étude. Merci également de m'avoir autorisé à participer à plusieurs séances d'hypnose médicale au cours desquelles j'ai appris énormément de choses.

A ma famille,

A Tadig, cette thèse est dédiée avant tout à mon grand-père qui m'a appelé Docteur depuis le premier jour de ma première année de médecine. Il m'a toujours répété qu'il voulait être là le jour où je le deviendrai. Tu es là aujourd'hui malgré tout... Et à **mamig** ma grand-mère, à qui je pense tout le temps.

A mon Papa, merci pour ta force, merci d'être ce repère au quotidien. Tu es mon modèle de réussite. Merci de nous avoir poussé toujours plus loin, toujours plus haut. C'est en partie grâce à toi que je suis ici aujourd'hui.

A ma Maman, merci pour ta douceur, ta patience et ta gentillesse. Merci pour ta présence sans faille dans tous les moments importants. Merci pour toutes ces belles valeurs que tu nous as transmis, pour ton optimisme et ta bonne humeur à toute épreuve.

A mon frère Quentin, mon héros, mon aventurier sans peur. Merci de tous ces rires que tu apportes à notre famille en permanence. Merci d'avoir été mon partenaire d'enfance, merci pour tous ces jeux, tous ces beaux souvenirs. Je suis fière que les années nous aient toujours plus rapprochées et de tout ce qu'on partage.

A mon frère Alexis, te regarder grandir a été un bonheur au quotidien. Merci pour toutes ces missions que tu as vaillamment accomplies lors de ma première année. Merci pour ton amour et ta sensibilité. J'ai une immense confiance en toi sur la route qu'il te reste à parcourir car tu prends dès à présent le chemin d'une très belle personne.

A Mamylène & Nano, merci pour tous ces beaux moments de douceur et d'amour depuis ma plus tendre enfance. Les bisous qui piquent et les bisous tout doux dans le cou sont enfouis en moi pour toujours.

Aux tontons et taties, ma Tatie Pat, Tonton Yaya, Jérôme et Tatie Lala. Merci pour tous ces fous rires et tous ces repas de famille chaleureux. Merci de ce que vous êtes et de ce que vous m'apportez.

Aux cousins, ma Natacha, ma coéquipière dans nos mondes de princes et princesses, merci de venir depuis Londres pour être là aujourd'hui ; **mon Hélène & ma Léa,** merci pour toutes ces heures de papotages, de confidences et de rires ; **à Lazare & Simon** je suis si contente qu'on se soit retrouvé récemment.

A Brigitte, ma marraine et à Yves. Merci d'être présente tout le temps et d'être là ce soir.

A Brigitte, Philippe & Eva et à Nico, Marion & maintenant la petite Lola, je suis tellement fière de faire partie (bientôt officiellement) de votre petite famille dans laquelle je me sens déjà adoptée depuis maintenant presque 7 ans. Merci pour votre accueil, merci pour votre chaleur humaine et pour tous ces bons moments passés en votre présence.

A Grégoire, l'amour de ma vie, merci de ce que tu es et de ce que tu m'apportes au quotidien. Merci d'être toujours le calme au milieu de la tempête, merci de me soutenir dans tout ce que j'entreprends, merci pour ta patience ! Tu fais de ma vie un rire et un bonheur permanent. Je suis fière du chemin qu'on a parcouru jusqu'ici et j'attends avec impatience le restant de ma vie à tes côtés. Je t'aime.

A mes amis,

A Yol, qui n'appartient à aucun groupe et à tous en même temps. A toi, merci d'être tout.

Aux copines de toujours, Angelinette (et au beau Célestin !), **Margotton et ma Marinette**, que je connais depuis quasiment le berceau. Merci d'avoir grandi à mes côtés, merci d'être là dans absolument tous mes souvenirs.

Aux copains du collège, mon Aida, ma sœur de cœur pour toujours à jamais, **Vincent, Juju, Manon** mon poulet. Merci pour tous ces moments, je suis heureuse de vous avoir encore auprès de moi aujourd'hui.

A mes Filles, mes gonz', mes nanas, mes zouz', **Mélamour, Carolino** (et à Robin !), **Manounette, Paulinou & Lili**. Merci de votre présence, merci de votre amour. A tout ce qu'on a été et à tout ce qu'on sera.

Aux copains de l'externat, Bensouss, Toinou, Cyriellita, Stef, Lolo, Emma, Anne So, Amazigh qui ont partagé avec moi ses longues et interminables années. Vous avez rendu ce long chemin plus supportable. Tellement de souvenirs, de voyages, de soirées, de week-end dont j'ai aimé chaque instant. Qu'est-ce qu'on s'est marré ! Et à tout ce qui nous attend encore.

Aux Saint Gaudinois, aux copaings. A **Camillou**, à **Jojo**, à **Catoche**, à **John-John**, à **Jerem'**, à **Julie & Kévin**, à **Aurel' et Romu**, à **Camille XY** et à **Eva**. Cette amitié toute neuve et qui dure pourtant depuis plus de 3 ans. A ce semestre mémorable où les vitres se sont cassées et les bébés se sont retrouvés sur le toit. A tous ces week-end et vacances incroyables et à toutes celles à venir.

Aux Aucitaines, Clémence, Marine, Audrey, Anaïs, Juliette, Poupou, Toupi, Hélène, merci pour ce semestre mémorable à Auch rythmé par les barbeuq, le sport, les soirées et Gigi. Et merci maintenant pour toutes ces soirées vins et raclette à gogo où le girl power prend tout son sens !

Aux nouveaux copains rencontrés par Grégoire, **Vialaret, Popo, Margot et Guillaume, Micka et Ariane, Quentin, Anne et Yassine, Sarah** et tout le reste des tarbais ! Ainsi que **Matthieu, Simon**. Et surtout et avant tout, un IMMENSE merci à **Antoine** qui a pris de son temps pour travailler sur toute ma partie statistique et qui a réalisé ça en deux temps trois mouvements d'une main de maître !

Et à tous les autres **Célia, Max** (mon petit protégé, merci d'avoir fait le déplacement de Paris), **Marion, Zack, Thomas et Pierrick**, mes cointernes aucitains, **Brigitte et Jean Jacques** qui suivent mon parcours depuis le début, **Marcella et Jean Pierre, Sylvain et Victoria** qui sont comme ma deuxième famille.

SOMMAIRE

Sommaire	12
Abréviations	14
I. Introduction	15
A. Douleur	15
a) Définition.....	15
b) 4 composantes de la douleur	15
B. Douleur chronique	16
a) Définition	16
b) Epidémiologie	16
c) Priorité de santé publique	17
d) Les CETD	18
C. Hypnose	18
a) Historique	18
b) Définitions	19
c) Les différents modes d'exercice de l'hypnose	19
d) Les différents objectifs de l'hypnose	20
e) hypnose et douleur = hypnoalgésie	20
II. Contexte et objectifs de l'étude	21
A. Contexte de l'étude	21
B. Objectif principal	22
C. Objectifs secondaires	22
III. Matériel & méthode	22
A. Critères d'inclusion	22
B. Déroulé des séances	23
C. Questionnaires	24
D. Analyse statistique	25
IV. Résultats	26
A. Population	26
B. Analyse descriptive	27
a) Evolution de l'intensité de la douleur (EVA)	27
b) Evolution de l'anxiété et de la dépression (HADS)	27

c) Evolution de la qualité de vie (SF 36)	29
C. Analyse stratifiée	30
a) Evolution des symptômes selon le type de pathologies	30
b) Evolution des symptômes selon le sexe	31
c) Evolution des symptômes selon l'ancienneté de la douleur	32
d) Corrélation entre l'évolution des symptômes et l'âge	33
V. Discussion	33
A. Synthèse des résultats	33
B. Forces et limites de l'étude	36
a) Représentation de la population générale	36
b) Groupe contrôle	36
c) Standardisation	37
d) Evaluation à long terme	38
e) Perdus de vue	39
C. Perspectives	39
VI. Conclusion	40
Bibliographie	42
Annexes	45

Abréviations :

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CETD** : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
- **CNRD** : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
- **CS** : Changement de Santé
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **ET** : Ecart Type
- **EVA** : Echelle Visuelle Analogique
- **HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IASP** : International Association for the Study of Pain
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **SFETD** : la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
- **SG** : Score Global
- **STOPNET** : STudy Of the Prevalence of NEuropathic Pain
- **TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale

I. Introduction

A. Douleur

a) Définition

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain -IASP) ainsi que l'OMS définissent la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ».(1)

Ainsi, l'aspect multidimensionnel de la douleur, est souligné en laissant une place importante au ressenti du sujet patient.

La douleur est un phénomène physiologique universel qui s'inscrit et s'exprime dans un contexte individuel et social. La perception de la douleur dépend de facteurs anciens et ancrés comme le vécu du patient, sa culture mais également de facteurs temporaires en lien avec son entourage ou son état psychique du moment. De ce fait, une même douleur ne sera pas ressentie de la même manière par deux patients différents et chez un même patient une douleur similaire pourra être vécue différemment selon le moment de sa perception.

La douleur est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Elle existe dès lors qu'elle est ressentie, qu'une cause soit identifiée ou non (2). Chaque douleur est complexe, unique et multifactorielle.

b) 4 composantes de la douleur

On distingue quatre composantes de la douleur. Les trois premières ont été établies par Melzack & Casey en 1968 (3), elles ont ensuite été reprises par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) :

la composante sensori-discriminative : correspond au décodage du message sensoriel en termes de qualité (type de douleur, description physique) ; son siège ; son intensité et sa durée.

la composante affective-émotionnelle : émotions que la personne associe à sa douleur et le retentissement sur son affectivité et son humeur. Elle confère à la douleur sa tonalité, son caractère plus ou moins désagréable, pénible ou supportable.

la composante cognitive : englobe les processus mentaux entrant dans la perception et la gestion de la douleur.

la composante comportementale : ensemble des manifestations du sujet, observables ou non, telles que l'expression verbale et non verbale de la douleur, les répercussions sur le comportement.

B. Douleur chronique

a) Définition

Il convient maintenant de distinguer deux types de douleurs totalement différentes.

La douleur aiguë est un processus physiologique, un signal d'alarme en réponse à une agression de l'organisme (intérieure ou extérieure). C'est un symptôme servant à établir un diagnostic, son rôle est de protéger. Sa durée est transitoire et il doit disparaître si un acte thérapeutique adapté est réalisé.

La douleur aiguë s'oppose à la douleur chronique qui se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne ». (4)

Selon l'HAS, la douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est « un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient » (2). Elle représente ainsi une maladie en soi, un syndrome que l'on doit traiter en tant que tel.

Il existe plusieurs types de douleurs chroniques en fonction de la localisation et de l'expression de la maladie. On distingue entre autre les douleurs ostéo-articulaires (lombalgie, arthroses diffuses, cervicalgie), les douleurs dysfonctionnelles (céphalées, fibromyalgie, syndrome du côlon irritable, cystite interstitielle) et les douleurs neuropathiques.

b) Epidémiologie

En 2008, une étude française (STOPNET: Study of the Prevalence of Neuropathic Pain) montrait qu'1 personne sur 3 (31,7%) se plaignait de douleur chronique quotidienne. Selon cette étude, près de 20% des français souffriraient de douleurs chroniques d'intensité jugée modérée à sévère. La prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée chez les femmes (35 %) que chez les hommes (28,2%) et elle augmente avec l'âge passant à une prévalence de 46,3% au-delà de 65 ans. Face au vieillissement de la population, l'existence de douleur chronique chez près de la moitié des sujets met en questionnement la vulnérabilité de la population âgée. (5)

Les 3 types de douleur les plus fréquents, hors douleur cancéreuse sont les rachialgies, les céphalées et les arthralgies. (2,31)

Au-delà du handicap physique, l'enquête « PainSTORY », réalisée en 2009, montre que les répercussions émotionnelles de la douleur sont aussi préjudiciables que les répercussions physiques. Selon cette enquête, 44 % des patients déclarent se sentir seuls dans leur combat contre la douleur et 2 patients sur 3 se sentent anxieux ou déprimés en raison d'une douleur chronique (40). Le retentissement personnel, familial et/ou socio-professionnel de la douleur est donc majeur.

Un autre aspect des répercussions sociales de la douleur est le coût économique important. D'après l'étude « ECONEP » menée en 2006, les arrêts de travail sont 5 fois plus fréquents chez les patients présentant des douleurs neuropathiques que dans la population générale. Parmi eux, 45 % des patients sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois par an. La personne atteinte de douleur chronique a recours chaque année à environ 10 consultations auprès du médecin généraliste et 4 chez le spécialiste. La douleur chronique entraîne une consommation importante de soins, d'absentéisme au travail, et d'arrêts de travail pouvant aller jusqu'à l'invalidité.(6)

Il s'agit donc d'une problématique fréquente, aux répercussions importantes sur le plan individuel mais également collectif, constituant un vrai problème de santé publique.

c) Priorité de santé publique

Pendant une longue période, la douleur a été considérée comme une fatalité. Il a fallu attendre 1998 pour que le premier plan d'actions contre la douleur soit initié.

Pourtant le soulagement de la douleur n'a été officiellement reconnu comme droit fondamental qu'en 2002, grâce à la publication de la loi dite Kouchner qui stipule que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». (7)

Le code de la santé publique établit dans son article L1110-5 modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 1, que « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées »(8).

De 1998 à 2017, 4 plans gouvernementaux de lutte contre la douleur se sont succédés avec différents objectifs. Le troisième plan de lutte contre la douleur (2006-2010), fixe comme objectif «l'amélioration des modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité».

A ce sujet, il est précisé notamment que : « Le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitement physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie...), méthodes psycho-corporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie) »(9)

La douleur chronique est un phénomène complexe où les facteurs biologiques, psychologiques et socio-culturels sont intimement liés et actuellement, en dépit des efforts de recherche il n'existe pas de traitement répondant à tous ces aspects. L'abord multidisciplinaire est la condition nécessaire à une prise en charge globale du patient.

d) Les CETD (Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)

L'accès à des structures de qualité pour la prise en charge de la douleur chronique constitue une nécessité dans l'offre de soin. Les plans nationaux de lutte contre la douleur ont favorisé l'intégration et le développement des structures spécialisées dans le système de soins français.

Le CNRD (Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur) référençait en mai 2015, 254 structures reconnues et labellisées par les ARS de chaque région pour la prise en charge de la douleur chronique. Ces structures proposent aux patients la combinaison de diverses approches pluridisciplinaires par des médecins algologues (10).

Le cahier des charges des structures a été actualisé en mai 2011 en concertation avec les représentants d'usagers, des ARS, la Société française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). En 2017, les structures ont été labellisées par les ARS pour 5 ans.

Les missions principales sont :

- Organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la structure
- Réaliser une évaluation bio-psycho-sociale du syndrome douloureux chronique
- Définir un projet thérapeutique personnalisé sur la base de l'évaluation pratiquée, le proposer au patient et le diffuser aux professionnels impliqués dans son suivi
- Mettre en œuvre en son sein une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée après réunion de synthèse, si la situation du patient le nécessite
- Etablir des liens avec l'environnement socio professionnel, associatif et médical du patient (dont son médecin traitant) pour assurer un parcours de soins de qualité
- Avoir un rôle de recherche, d'enseignement universitaire et de formation
- Participer aux consultations internes de son établissement d'appartenance et y améliorer la prise en charge de tous patients douloureux

C. Hypnose

a) Historique

L'hypnose est présente dans le monde depuis de nombreux siècles, elle a été utilisée de différentes manières à travers les âges et les cultures notamment par le biais du chamanisme.

Mais l'histoire de l'hypnose médicale qui nous intéresse aujourd'hui commence au 18ème siècle avec le médecin allemand Franz Anton Mesmer et sa théorie du magnétisme animal, élaborée en 1773, selon laquelle il existerait un fluide magnétique circulant dans l'univers et le corps humain, qui serait perturbé en cas de maladie.

L'invention du terme « hypnose » a été abusivement attribuée au médecin écossais James Braid qui définit, dans son livre en 1843, l'hypnotisme comme « un état de sommeil nerveux ». D'où le terme hypnos (grec ancien) en référence au dieu du sommeil, ce qui entraînera beaucoup de confusion dans le futur. En réalité, le terme "hypnotisme" avait déjà été utilisé par le baron Etienne Félix d'Henin de Cuvillers en 1819.

De 1882 à 1892, en France, deux grands courants s'affrontent. D'un côté, le neurologue Jean-Martin Charcot décrit l'hypnose comme un fait somatique objectivable et propre à l'hystérie sur laquelle il travaille par son biais. Et de l'autre, le neurologue Hippolyte Bernheim s'y oppose en introduisant une nouvelle dimension primordiale à l'hypnose : la suggestibilité.

La suggestion est une dimension clef de l'hypnose que le Dr Bernheim avait défini en 1884 comme «un acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui ». Elle désigne l'art de faire naître une idée, un sentiment sans l'exposer ouvertement.

Ce neurologue ouvre ainsi le champ des applications thérapeutiques. Sigmund Freud s'y intéressera notamment à ses débuts dans le cadre de la psychanalyse.

L'hypnose prend un grand tournant au 20ème siècle avec l'hypnose ericksonienne apportée par Milton Erickson, psychiatre américain, qui pose les bases de l'hypnose moderne centrée sur l'échange et la communication, plutôt que l'abord directif.

b) Définitions

L'hypnose est un concept vaste et complexe difficile à décrire à l'aide d'une seule définition. Nous en citerons ici quelques unes.

L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), dans son rapport «Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose», publié en juin 2015, définit l'état hypnotique comme « un état modifié de conscience : ni un état de vigilance, ni un état de sommeil »(11)

Le Larousse définit l'hypnose comme un «état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion.»

Selon Milton Erickson, l'état d'hypnose « est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » et « est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages ». (12)

La définition de l'American Psychological Association de 2014 la définit comme «un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion ».(13)

c) Les différents modes d'exercice de l'hypnose

Il existe, de nos jours, différentes façons d'exercer l'hypnose :

- L'hypnose directe ou formelle = séance d'hypnose : Elle fait suite à une information donnée au patient sur son procédé et son objectif, et se réalise suivant « un protocole » usuel (Induction, dissociation, phase de travail, retour).
- L'hypnose indirecte ou informelle = hypnose conversationnelle : Elle consiste à se servir de principes de communication couramment utilisés en hypnose (suggestions indirectes, images métaphoriques, confusion de langage...) mais sans qu'il n'y ait eu au préalable de phase formelle où l'état hypnotique aura été induit. Cette forme d'hypnose peut prendre place dans tout entretien avec un patient.

- L'autohypnose : L'autohypnose est définie comme l'auto-induction (induction volontaire du patient) d'une transe hypnotique afin de réaliser un but précis.

Bien évidemment celle-ci est accessible après quelques séances d'hypnose classique accompagnées d'un thérapeute. L'apprentissage de l'induction puis de la dissociation se fait au fil des séances et le déroulement est contrôlé visuellement par le soignant. Des suggestions post-hypnotiques peuvent être données, grâce auxquelles le patient pourra recréer lui-même un état de confort en utilisant un signal, tel que le clignement des paupières ou une respiration profonde. L'entraînement à l'autohypnose s'accompagne le plus souvent de la remise d'un enregistrement audio afin de réaliser les séances chez soi (14). L'avantage de l'autohypnose est la reproduction illimitée de cette technique une fois maîtrisée, dans n'importe quel endroit (domicile, lieu de travail,...) et dans n'importe quelle condition, en réponse à un besoin particulier.

Il est conseillé au patient de choisir: un environnement favorable, isolé et calme où il aura une position assise confortable avec les pieds posés sur le sol, les mains posées sur les genoux ou les accoudoirs ; la durée de la séance ainsi que le moment adéquat ; un moyen pour prévoir la fin de la séance (comme un réveil ou une musique qui se déclenche) (15).

- En groupe ou en individuel : L'hypnose de groupe est un processus qui consiste à hypnotiser plusieurs sujets en même temps (en petit nombre le plus souvent entre 4 et 10 patients). Cette méthode, largement utilisée dès le début du 20e siècle, permet d'améliorer l'hypnotisation de certains patients par l'exemplarité et la suggestibilité, tout en les faisant bénéficier du facteur rassurant que constitue le groupe en lui-même. La technique comme la durée de la séance est peu différente d'une séance individuelle si ce n'est par son caractère moins personnel.

d) Les différents objectifs de l'hypnose

- L'hypnose thérapeutique (en opposition à l'hypnose spectacle) : Hypnose pratiquée dans le champ de la santé. Elle est parfois nommée hypnose médicale lorsqu'elle vise spécifiquement la gestion d'un problème somatique et hypnose clinique lorsqu'elle est pratiquée dans le cadre de la psychologie clinique et de la psychopathologie (13).

- L'hypnosédation : Pratique de l'hypnose en péri-opératoire dans un but d'anesthésie (pré, per et post-opératoire)

- L'hypnothérapie : Pratique psychothérapeutique de l'hypnose, menée de ce fait par les spécialistes du psychisme (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes)

e) Hypnose et douleur = hypnoalgésie

L'hypnoalgésie, sujet principal de cette étude, est l'emploi de l'hypnose avec pour objectif de diminuer une douleur aiguë ou chronique et de gérer des éléments associés à cette douleur, tels que l'anxiété et l'anticipation douloureuse (13).

L'hypnose a d'abord été étudiée dans la prise en charge de la douleur aiguë. Une des premières études médicales sur les propriétés analgésiques de la suggestion hypnotique a été publiée par Santiago Ramon y Cajal en 1889 dans Catalan Medical Gazette sous le titre :

“Pain of childbirth considerably attenuated by hypnotic suggestion.” (16) Elle s’intéresse à l’impact de cette technique sur la douleur lors de l’accouchement.

Les études sur l’hypnose et la douleur chronique sont plus récentes et se sont multipliées depuis une trentaine d’années. La première à notre connaissance est une publication de Melzack et al en 1975 (17) à travers une série de 24 patients douloureux chroniques, puis vint s’ajouter l’étude de Mac Cauley et al en 1989 qui recentrent leur population autour de la lombalgie chronique alors qu’Haanen, en parallèle, va étudier l’intérêt de cette technique chez les patients souffrant de fibromyalgie (18).

II. Contexte et objectifs de l’étude

A. Contexte de l’étude

Le CETD est situé dans le pôle neurosciences de l’hôpital Pierre Paul Riquet du CHU Toulouse Purpan. Les premières consultations douleurs ont été initiées par le Pr Yves Lazorthes en 1975. Reconnu centre pluridisciplinaire depuis 1994, le CETD a su, au cours des années, développer des techniques chirurgicales, offrir une prise en charge pluridisciplinaire, créer des liens avec les autres services du CHU en aidant à la diffusion de la lutte contre la douleur. Ce centre a été labellisé par l’ARS en 2017.

Au-delà des prises en charge classiques, il propose des prises en charges non médicamenteuses telles que la relaxation, la méditation et l’hypnose. L’intérêt étant de donner aux patients des techniques d’autogestion de la douleur et de les rendre ainsi autonomes.

L’hypnose thérapeutique dans le traitement de la douleur chronique a été étudiée tardivement mais se développe de plus en plus au cours de ces dernières années. Depuis une quinzaine d’années, l’hypnose médicale connaît un succès croissant dans le domaine de la douleur chronique et s’intègre désormais dans les prises en charge proposées par les CETD. De nombreuses études sont venues valider son intérêt mais souvent dans le cadre de séances individuelles, non protocolisées.

Depuis 2012, le CETD de l’hôpital Pierre Paul Riquet a mis en place un programme d’apprentissage de l’autohypnose, en groupe, selon un protocole standardisé.

Nous avons voulu étudier l’impact à moyen terme (c’est-à-dire en fin d’apprentissage, soit 2 mois environ après le début de la prise en charge) et à long terme (après 6 à 12 mois) de cette prise en charge dans le cadre du CETD réalisée au sein d’un groupe de patients douloureux chroniques par le biais d’une étude rétrospective quantitative observationnelle.

La douleur chronique ayant un retentissement global, tant sur le plan social (isolement, perte d’emploi et de revenus) que psychologique (taux d’anxiété et de dépression supérieurs à la population générale), il nous a donc paru important d’étudier également ces dimensions dans le cadre de cette prise en charge.

B. Objectif principal

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact à moyen et long terme d'un apprentissage en autohypnose en groupe sur l'intensité de la douleur chez des patients douloureux chroniques. L'étude se base sur la variation de l'auto-évaluation de la douleur mesurée par échelle visuelle analogique avant l'apprentissage de l'auto-hypnose, (= moyen terme) et entre 6 et 12 mois de prise en charge (= long terme).

C. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont l'évaluation des effets de cette technique sur le niveau d'anxiété et de dépression des patients douloureux chroniques évalués par l'échelle HADS et sur leur qualité de vie quantifiée par l'échelle SF-36. Les évaluations ont été réalisées avant, en fin (moyen terme) et après 6 -12 mois d'apprentissage de techniques d'auto hypnose (long terme).

Nous nous sommes également demandé si le sexe, l'âge, l'ancienneté de la douleur et le type de pathologie avait un impact sur l'évolution des symptômes.

III. Matériel et Méthode

A. Critères d'inclusion

La population de cette étude rétrospective quantitative observationnelle regroupe des patients douloureux chroniques suivis au sein du CETD de Toulouse et orientés vers le Dr Gilles Dawance pour apprentissage de techniques d'autohypnose en groupe. Le protocole a été établi et animé par le Dr Dawance qui s'est inspiré du modèle proposé par le Pr Faymonville du Centre Universitaire de Liège auprès de laquelle il s'est formé.

Les groupes sont constitués de 8 patients qui bénéficient de 5 séances d'apprentissage de l'autohypnose d'une durée de 3 heures, réalisées sur une période d'environ 2 mois avec une réévaluation à distance au cours d'une sixième séance (réalisée 6 mois-un an plus tard). Les cinq séances ont été réalisées en fonction des patients entre 2012 et 2016.

Nous appellerons moyen terme ou « post-hypnose » l'évaluation en fin de protocole à 2 mois et long terme ou « à distance » la réévaluation à 6 mois-un an.

Des auto-questionnaires ont été remplis par les patients lors de la première séance (base) puis à la fin des cinq séances et enfin lors de la réévaluation entre six et douze mois à la sixième séance.

37 dossiers complets comprenant ces trois questionnaires remplis ont pu être récupérés. Parmi eux, 5 dossiers ont été exclus car la réévaluation s'était faite après un an et un dossier a été exclu car la patiente ne souffrait pas de douleur chronique.

Au total, 31 dossiers ont été étudiés pour cette thèse.

A partir des dossiers médicaux des patients archivés sur le logiciel ORBIS, plusieurs données cliniques ont été relevées: âge, sexe, année de réalisation des séances, ancienneté et étiologie de la douleur chronique.

B. Déroulé des séances

Le but des séances d'hypnose est d'apprendre l'auto-hypnose pour que chaque patient puisse devenir autonome le plus rapidement possible. Durant les séances, les exercices d'autohypnose sont enregistrés afin que chaque patient puisse repartir avec la bande son transférée sur une clé USB afin de pouvoir reproduire la séance à domicile

PREMIERE SEANCE

Elle est centrée sur la présentation d'un diaporama présentant des clichés de neuro-imagerie accompagné d'une discussion qui permettent :

- D'observer comment fonctionne le cerveau en douleur aiguë, ouvrir les esprits vers les possibilités thérapeutiques et faire ainsi le lien entre le système nerveux central et le corps
- Prendre conscience de ce qu'est l'hypnose et comment fonctionne le cerveau en état d'hypnose principalement dans le cadre de la douleur aiguë et comment ces informations nous amènent vers les solutions
- Expliquer ce qu'est la douleur chronique et faire le lien entre les structures de personnalité, les émotions, les cognitions et le ressenti des symptômes ouvrant à chaque fois les possibilités vers les solutions.

Les objectifs à atteindre sont à préciser et le premier fixé lors de cette séance est l'objectif mouvement (c'est-à-dire fixer un objectif en lien avec une activité facilement réalisable).

DEUXIEME SEANCE

Chaque patient se présente avec sa pathologie pour mieux apprendre à se connaître et surtout percevoir que, même si chacun a une pathologie différente, ils ne sont pas seuls dans ce genre de problématique. Cela permet de comprendre ainsi que le changement est possible quelle que soit la pathologie.

L'objectif fixé lors de la précédente séance est évalué. Un travail est réalisé sur la prise de conscience des parties du corps qui fonctionnent bien pour réorienter vers un mode de pensées positif. Une séance d'auto-hypnose axée sur la respiration et l'utilisation de la fraîcheur permet à chacun d'observer les modifications qu'ils sont en capacité d'induire dans leur corps.

TROISIEME SEANCE

Elle permet à chacun de travailler à retrouver ses besoins essentiels (besoin d'avoir et besoin d'être) et apprendre la bienveillance avec soi-même. La séance d'auto-hypnose utilise par exemple la technique des marches de Barbère pour induire l'hypnose et retourner vers un passé confortable, y retrouver ses propres besoins et les adapter au présent.

QUATRIEME SEANCE

Elle permet de prendre conscience de l'idéal imaginaire inscrit dans la mémoire de chacun et comment cet idéal peut être un tirant (le pouvoir de l'intention) et ainsi recadrer vers un idéal positif et réalisable dans un futur proche ancré par un mouvement.

La technique d'auto-hypnose utilise en général la technique du ballon de Baudruce qui se libère progressivement de la pression et des tensions. Un travail sur la rechute est également

réalisé et permet de prendre conscience que si le symptôme réapparaît on peut en ressortir et par la distorsion du temps augmenter la distance entre deux crises principalement pour les pathologies en pointillés, notamment en période de crise comme la migraine.

CINQUIEME SEANCE

Elle est consacrée à l'apprentissage de l'installation d'une anesthésie locorégionale par la suggestion et l'utilisation de cette anesthésie locorégionale pour améliorer, jusqu'à faire disparaître, la symptomatologie inconfortable. Un ancrage par un contact physique aide à mieux diriger précisément l'anesthésie locorégionale.

SIXIEME SEANCE

Entre 6 et 12 mois, elle permet de réévaluer les bénéfices obtenus par chacun, l'évolution de l'objectif mouvement, l'utilisation du pouvoir de modifications des symptômes.

Dans le cadre des groupes migraines : le schéma est le même, un peu plus axé sur l'utilisation de la fraîcheur à l'origine d'une vasoconstriction au niveau cérébral et la distorsion du temps pour augmenter la distance entre deux crises. A la cinquième séance, il est proposé, par la suggestion, de développer une crise de migraine dans le cadre de la séance d'hypnose et de la traiter pour que chacun comprenne comment il est capable d'induire sa propre crise et, ainsi, de retrouver le pouvoir de la traiter.

Il est donc utilisé au cours de ce protocole d'apprentissage de l'auto-hypnose des suggestions post hypnotiques.

Le rythme de reproduction des séances d'auto-hypnose à domicile par les patients, grâce à la réécoute de la bande audio, n'est pas imposé par le Dr Dawance. Il leur conseille simplement de le faire le plus fréquemment possible, surtout au début, pour bien intégrer cette pratique à leur quotidien (au mieux une fois par jour).

C. Questionnaires

Parmi les échelles et auto-questionnaires remplis systématiquement par les patients, trois ont été retenus afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires de l'étude. Les résultats récupérés des questionnaires ont été rentrés dans un tableau Excel et nous avons étudié l'évolution des scores.

- l'échelle EVA (Echelle Visuelle Analogique) :

Définition : C'est la plus utilisée et la plus fiable pour mesurer l'intensité de la douleur. Elle se présente sous forme d'une ligne droite de 100 mm. A l'une des extrémités est indiqué : absence de douleur, à l'autre : douleur insupportable. Le patient place une marque entre ces deux extrémités en fonction de l'intensité de sa douleur à un temps donné.

L'EVA retenue a été l'intensité moyenne de la douleur au cours des 7 derniers jours.

Différence minimale appréciable : Pour observer un effet cliniquement significatif, il faut avoir une diminution d'au moins 13 mm (intervalle de confiance de 10 à 17 mm) de l'EVA.

- L'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) :

Définition : L'échelle HADS est un auto-questionnaire qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Interprétation du score :

- Un score inférieur ou égal à 7 = absence d'état anxieux ou dépressif
- Un score entre 8 et 10 = état anxieux ou dépressif douteux/modéré
- Un score supérieur ou égal à 11 = état anxieux ou dépressif certain/sévère

- Le questionnaire MOS SF-36 :

Définition : La SF-36, ou MOS SF-36, est un auto-questionnaire multidimensionnel qui évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge, et du traitement. Il est validé dans plusieurs langues, dont le français. C'est un score générique pour l'évaluation de la qualité de vie.

Le SF 36 contient 36 questions s'adressant à 9 dimensions: capacités physiques, limitations liées à l'état physique (gêne fonctionnelle), douleur physique, santé perçue, puis vitalité, vie relationnelle (fonctionnement social), limitations liées à l'état émotionnel (problèmes émotionnels), bien être émotionnel, et enfin évolution de la santé perçue comparée à un an auparavant.

Chaque item est pondéré pour obtenir une note entre 0 (qualité nulle) et 100 (qualité maximale) pour chacune des 9 dimensions. Plus la note est élevée, plus la qualité de vie est bonne. Les 4 premières dimensions sont synthétisables en un Score Résumé Physique et les 4 suivantes en un Score Résumé Psychique.

Dans notre étude, il a été choisi de ne pas étudier les dimensions de santé perçue et de vie relationnelle en raison de données manquantes trop importantes. Les scores résumés sont donc composés de trois dimensions chacun.

D. Analyse statistique

Nous avons réalisé une analyse descriptive de nos données en décrivant les variables en terme de moyenne et d'écart-type pour celles se distribuant normalement et en terme de médiane et d'intervalle interquartile pour celles de distribution non-gaussienne.

Nous avons réalisé des analyses uni-variées de séries appariées en utilisant le test de Student, pour les variables de distribution normale et avec des conditions d'homoscédasticité des variances respectées, ou le test non paramétrique des rangs de Wilcoxon pour les variables ne respectant pas les conditions d'application.

Puis nous avons stratifié la population selon le sexe et le type de pathologie en réalisant des analyses bi-variées de séries indépendantes. Pour cela, nous avons utilisé des ANOVA à un facteur, pour les variables normalement distribuées et respectant la condition

d'homoscédasticité des variances inter-groupes, ou le test non paramétrique de Kruskal et Wallis pour les variables ne respectant pas les conditions d'application.

Enfin, nous avons stratifié les résultats sur l'âge en calculant les coefficients de corrélation de Pearson avec leurs degrés de significativité respectifs pour chacune des variables d'intérêt. Concernant les données manquantes, nous avons fait le choix de les extraire de nos analyses. Nous avons considéré comme significatives les valeurs de $P < 0,05$.

IV. Résultats :

A. Population

Âge, moyenne (ET)	Total (n=31) 49.6 (12.7)	
Sexe, n	Femme	21
	Homme	10
Type de douleur, n	Douleurs neuropathiques	10
	Migraine	13
	Fibromyalgie	4
	Douleurs ostéo-articulaires	3
	Douleurs périnéales	1

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Au total, 31 patients composent la population de cette étude : 21 femmes et 10 hommes âgés de 29 à 72 ans avec une moyenne d'âge à 49.6 ans (écart type = 12.6).

Selon les données recueillies dans les dossiers médicaux accessibles, les principaux diagnostics des participants sont les migraines et céphalées chroniques (41.9%) ainsi que les douleurs neuropathiques (32.3%).

Il est à noter que les patients douloureux chroniques présentent souvent une association de plusieurs pathologies douloureuses (ex : fibromyalgie et migraine,...). Les pathologies étudiées ici sont celles ayant amenées les patients à consulter donc considérées par les patients comme les plus invalidantes et qui représentaient l'objectif de traitement des séances d'auto hypnose.

Les patients présentaient des douleurs chroniques allant de quelques mois à plusieurs dizaines d'années. Plus des deux tiers des patients de l'étude souffraient de douleur chronique depuis plus de 3 ans.

Il n'existait pas dans cette population de différence d'âge selon le sexe (test de student $p=0.108$). Le sexe (test exact de fisher car $n<5$ $p=0,249$) comme l'âge (test ANOVA $p=0.969$) n'avaient pas d'influence sur le type de douleur.

Ces patients ont tous pratiqué les 5 séances d'apprentissage d'auto-hypnose entre 2012 et 2016.

B. Analyse descriptive

a) Evolution de l'intensité de la douleur (EVA)

	Base	Post-hypnose	p-value	A distance (6mois-1an)	p-value
EVA Douleur, moy(ET), n=31	4.5(2.3)	4.4(2.6)	0.883	4.4(2.5)	0.914

Tableau 2 : Evolution de l'EVA

Nous constatons dans ce tableau que la moyenne du score de l'EVA avant prise en charge est modérée (4.5/10) ce qui est souvent le cas dans les douleurs chroniques. Elle reste stable à moyen (post-hypnose) et long terme (à distance).

L'apprentissage des techniques d'auto hypnose ne modifie pas l'intensité de la douleur ni à moyen ni à long terme ($p > 0.05$).

b) Evolution de l'anxiété et de la dépression (HADS)

	Base	Post-hypnose	p-value	A distance (6mois-1an)	p-value
HAD Anxiété, moy(ET), n=28	10.7(4.6)	8.9(4)	0.009 **	8.8(4)	0.021 *
HAD Dépression, moy(ET), n=30	8.6(4.4)	7.3(3.9)	0.047 *	7.3(3.8)	0.037 *

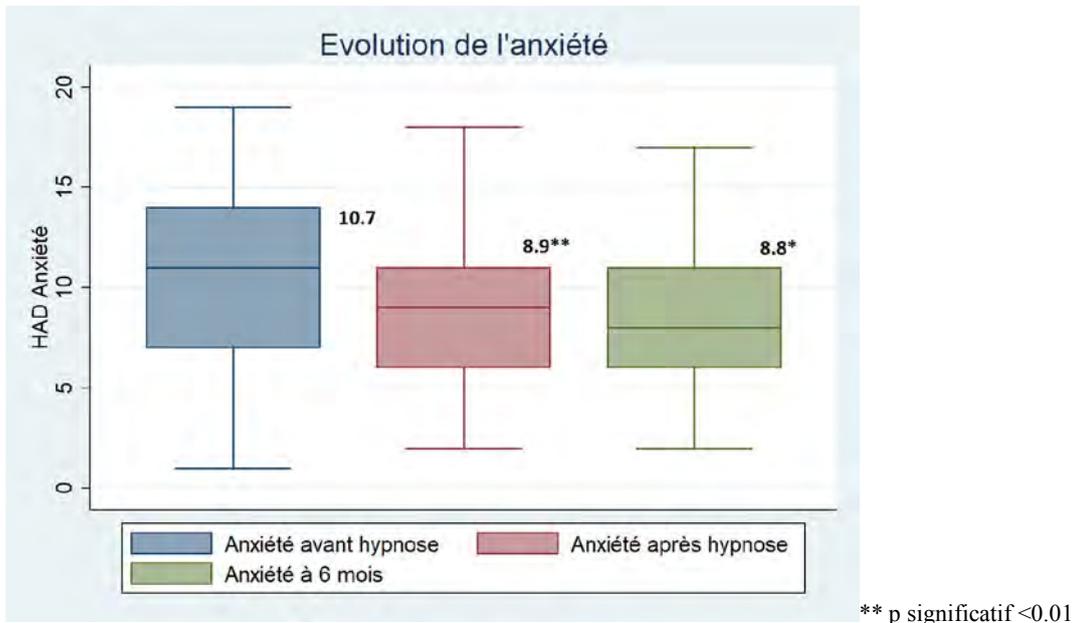
** p significatif <0.01

*p significatif <0.05

Tableau 3 : Evolution de l'HADS

Au début de l'étude, selon l'HADS, en moyenne, la population de l'étude était anxieuse modérée à sévère et devient anxieuse modérée après les 5 séances d'hypnose, avec une amélioration de presque 2 points sur l'échelle HADS. Ce résultat reste stable dans le temps avec un score identique et un état d'anxiété modérée à 6 mois/1 an.

L'amélioration du score de l'anxiété sur l'HADS est significative aussi bien à moyen ($p=0.009$) qu'à long terme ($p=0.021$).



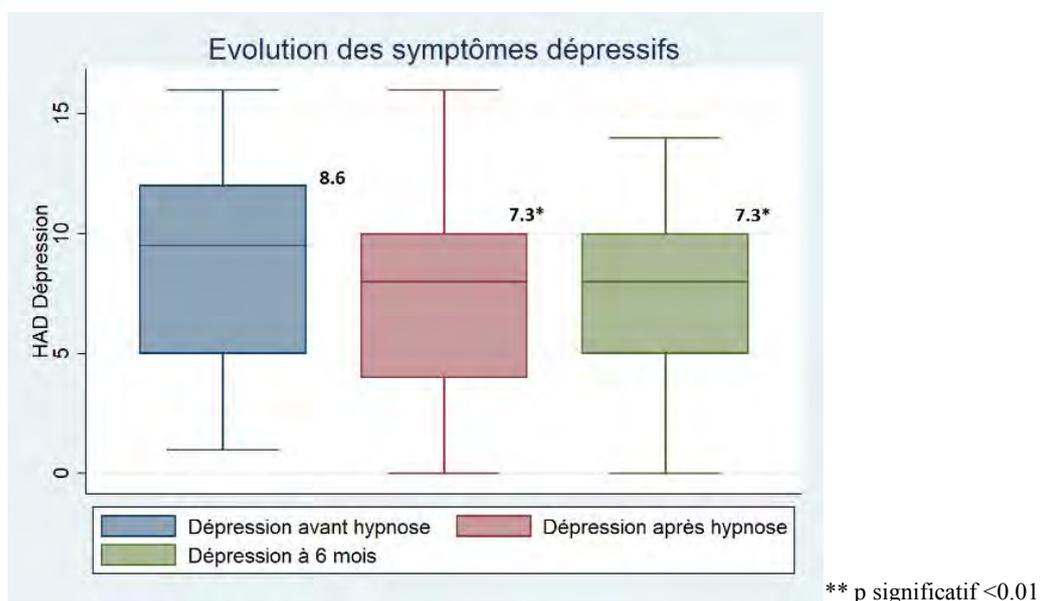
Graphique 1 : Evolution de l'anxiété

*p significatif <0.05

Au niveau de la dépression, à la base, la population de l'étude était, selon le score de l'HADS, déprimée modérée et devient quasiment sans symptomatologie après les cinq séances d'hypnose (score proche de 7).

Ce résultat est stable à distance avec un score identique sur le long terme.

L'amélioration du score dépression sur l'HADS est significatif aussi bien à moyen terme ($p=0.047$) qu'à long terme ($p=0.037$).



Graphique 2 : Evolution des symptômes dépressifs

*p significatif <0.05

Nous pouvons donc conclure que l'amélioration du score apparaît de manière significative sur les deux dimensions de l'HADS : l'anxiété et la dépression et ce à moyen et à long terme.

c) Evolution de la qualité de vie (SF 36)

	Base	Post hypnose	p-value	A distance (6mois/1an)	p-value
SF-36 modifié					
<i>Qualité de vie physique</i>					
Capacité physique, moy(ET), n=30	63.9(25.3)	63.6(24)	0.916	70.9(26.7)	0.052
Gêne fonctionnelle, moy (ET), n=29	24.2(36.8)	34.2(38.6)	0.067	31.5(39.8)	0.037 *
Douleurs physiques, moy(ET), n=31	34.6(19.3)	42.4(25.1)	0.062	43.2(26.7)	0.045 *
Sc GLOBAL physique, méd[IQ], n=29	101.5[78-163]	117.5[78-193]	0.214	121.5[83-180]	0.009 **
<i>Qualité de vie émotionnelle</i>					
Pbs émotionnels, moy (ET), n=30	32.2(41.7)	55.5(42.3)	0.011 *	48.9 (44.4)	0.034 *
Vitalité, moy(ET), n=30	33.6(22)	40(21.2)	0.074	43(22.1)	0.024 *
Bien être émotionnel, moy(ET), n=30	51.5(21.2)	58.2(19.7)	0.098	58(18.5)	0.161
Sc GLOBAL émotionnel, méd[IQ], n=29	100.5[55-186]	139[103-225]	0.003**	150[190-195]	0.018 *
<i>Perception d'un changement de l'état de santé, moy(ET), n=31</i>	48.4(29.5)	59.7(29.4)	0.017 *	65.3(27.9)	0.002 **

** p significatif < 0.01

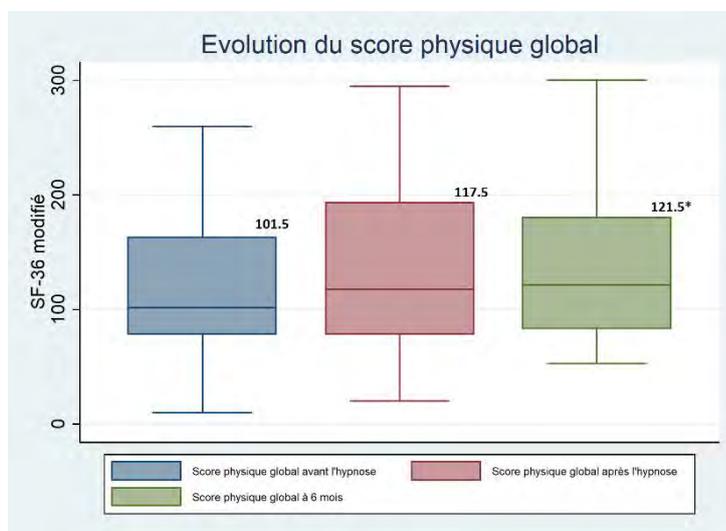
*p significatif < 0.05

Tableau 4 : Evolution du SF 36

Ce tableau nous montre que le score global physique, tiré du score de qualité de vie SF 36, s'améliore mais pas de manière significative (p=0.214) en post hypnose. Cependant, l'amélioration par rapport à la base est significative à distance (p=0.009).

Concernant le score global émotionnel, il s'améliore nettement et significativement entre le début et la fin de prise en charge par l'hypnose (p=0.003) et continue dans ce sens de manière significative (p=0.018) à long terme.

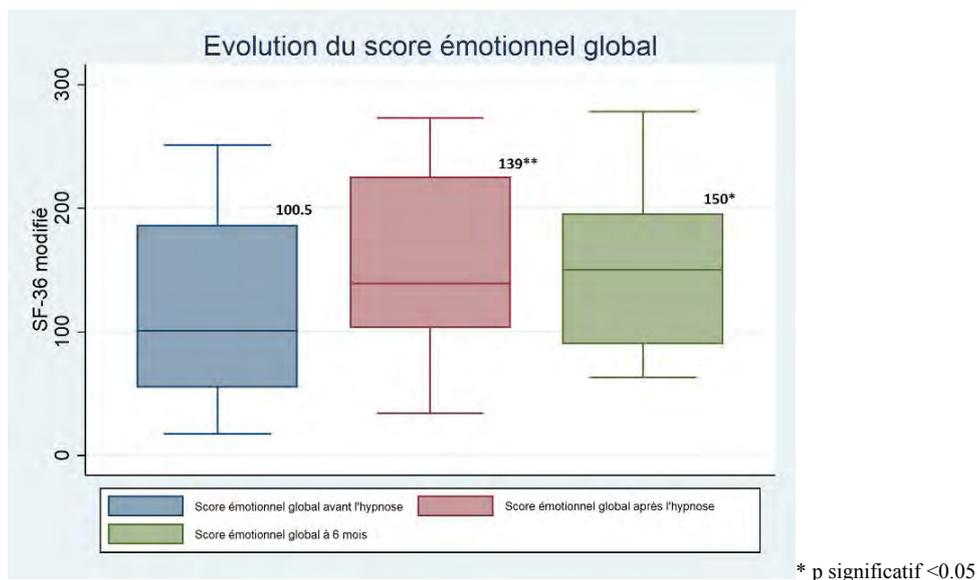
La perception d'un changement de l'état de santé évolue également favorablement tout au long de l'étude et ce de manière significative à moyen (p=0.017) et à long terme (p=0.002).



* p significatif < 0.05

Graphique 3 : Evolution du score physique global

** p significatif < 0.01



Graphique 4 : Evolution du score émotionnel global ** p significatif < 0.01

C. Analyse stratifiée

a) Evolution des symptômes selon le type de pathologies

	EVA post-hypnose, moy(ET), n=31	EVA 6 mois, moy(ET), n=31	Anxiété post-hypnose, moy(ET), n=28	Anxiété à 6 mois, moy(ET), n=28	Dépression post-hypnose, moy(ET), n=30	Dépression à 6 mois, moy(ET), n=30
Tous	-0.13(2.55)	-0.14(2.27)	-1.68(2.93)	-1.61(3.4)	-1.3(3.46)	-1.24(3.11)
Migraine (n=13)	-0.86(3.01)	-0.82(2.69)	-0.75(2.22)	1.69(2.06)	-0.77(3.92)	-0.31(3.47)
Neuropathie (n=10)	0.39(1.85)	0.15(1.38)	-1.9(3.45)	1.33(3.91)	-1.5(3.41)	-1.78(2.68)
Fibromyalgie (n=4)	-0.5(1.75)	-0.58(2.18)	-1.67(3.79)	2.33(7.37)	-0.25(2.63)	-1(2.45)
Ostéoarticulaire (n=3)	1.17(3.67)	1.33(2.49)	-5.5(0.71)	0(4.24)	-4.5(0.71)	-5.5(0.71)
Pelvienne (n=1)	1.9(0)	3(0)	-3(0)	-4(0)	-4(0)	-1(0)
p-value	0.587	0.339	0.321	0.904	0.58	0.273

Tableau 5: Evolution EVA et HADS selon le type de pathologies

Le but de cette analyse bivariée stratifiée était de vérifier si le type de douleur influait sur la variation des différents symptômes.

Le tableau 5 représente les écarts entre la base et le post hypnose, ainsi qu'entre la base et à distance pour l'échelle de l'intensité de la douleur et l'échelle HADS en fonction des différentes pathologies.

Il n'existe pas de variation significative de ces deux échelles en fonction de la pathologie.

	SG physique post-hypnose, moy(ET), n=29	SG physique 6 mois, moy(ET), n=29	SG émotionnel post-hypnose, moy(ET), n=29	SG émotionnel 6 mois, moy(ET), n=29	CS post- hypnose, moy(ET), n=31	CS 6 mois, moy(ET), n=31
Tous	15(56.64)	22.98(47.05)	32.28(63.44)	27.21(59.87)	11.29(24.87)	16.94(28.42)
Migraine (n=13)	26.5(64.76)	32.17(33.87)	51.08(62.89)	50.25(49.95)	28.85(20.02)	32.69(25.79)
Neuropathie (n=10)	2.9(50.7)	-0.05(51.79)	4.1(61.58)	2.2(73.08)	2.5(21.89)	10(24.15)
Fibromyalgie (n=4)	4.5(42.47)	49(60.26)	31.25(18.63)	38.5(42.43)	-12.5(14.43)	-12.5(32.28)
Ostéoarticulaire (n=3)	-4(83.44)	10(56.57)	102.5(74.25)	-18(0)	-8.33(14.43)	8.33(14.43)
Pelvienne (n=1)	78(0)	65(0)	-48(0)	1(0)	25(0)	25(0)
p-value	0.665	0.294	0.122	0.368	0.003 **	0.042 *

Tableau 6: Evolution du SF 36 selon le type de pathologies

*p significatif <0.05

** p significatif < 0.01

Ce tableau présente la variation des dimensions du score de qualité de vie SF 36 en fonction de la pathologie chronique des patients.

Nous constatons alors que le type de douleur influe sur la variation observée de la perception d'un changement de l'état de santé à moyen et à long terme. En effet, de manière significative, les patients atteints de migraine perçoivent d'avantage ce changement ($p=0.003$ et $p=0.042$). La variation des autres symptômes ne dépend pas du type de pathologie.

b) Evolution des symptômes selon le sexe

	Tous	Femme (n=21)	Homme (n=10)	p-value
Douleur post-hypnose, moy(ET), n=31	-0.13(2.55)	0.22(2.54)	-0.86(2.54)	0.276
Douleur à 6 mois, moy(ET), n=31	-0.14(2.27)	-0.14(1.96)	-0.15(2.94)	0.989
Anxiété post-hypnose, moy(ET), n=28	-1.68(2.93)	-1.26(2.47)	-2.56(3.75)	0.284
Anxiété à 6 mois, moy(ET), n=28	-1.61(3.40)	-0.63(2.67)	-3.67(4)	0.025 *
Dépression post-hypnose, moy(ET), n=30	-1.3(3.46)	-1.05(3.63)	-1.8(3.19)	0.584
Dépression à 6 mois, moy(ET), n=30	-1.24(3.11)	-0.95(3.36)	-1.8(2.66)	0.493
SF-36 modifié				
<i>SG physique post-hypnose, moy(ET), n=29</i>	15(56.64)	16.95(63.33)	11.3(44.01)	0.804
<i>SG physique à 6 mois, moy(ET), n=29</i>	22.98(47.05)	20.29(50.74)	28.1(41.13)	0.679
<i>SG émotionnel post-hypnose, moy(ET), n=29</i>	32.28(63.44)	37.16(75.95)	23(28.97)	0.52
<i>SG émotionnel à 6 mois, moy(ET), n=29</i>	27.21(59.87)	36.39(55.32)	10.7(67.08)	0.285
<i>Perception d'un CS post-hypnose, moy(ET), n=31</i>	11.29(24.87)	14.29(21.75)	5(30.73)	0.34
<i>Perception d'un CS à 6 mois, moy(ET), n=31</i>	16.94(28.42)	20.24(25.76)	10(33.75)	0.357

Tableau 7: Evolution des symptômes selon le sexe

Nous nous sommes ensuite demandé si le genre influait sur la variation des symptômes. Il ressort, de manière significative, que la variation des symptômes anxieux à long terme est différente selon le sexe. En effet, le sexe féminin est associé à une moindre amélioration à long terme des symptômes anxieux et le sexe masculin à une meilleure amélioration à long terme ($p=0.025$).

La variation des autres symptômes ne dépend pas du sexe.

c) Evolution des symptômes selon l'ancienneté de la douleur

	Tous	< ou = 3 ans (n=9)	4 – 14 ans (n=14)	> ou = 15 ans (n=8)	<i>p-value</i>
Douleur post-hypnose, moy(ET), n=31	-0.13(2.55)	-0.31(3.78)	0.13(2)	-0.36(2)	0.880
Douleur à 6 mois, moy(ET), n=31	-0.14(2.27)	-1.14(2.55)	0.25(2.2)	0.3(2)	0.299
Anxiété post-hypnose, moy(ET), n=28	-1.68(2.93)	-2(2.92)	-2(3.11)	-0.5(2.74)	0.557
Anxiété à 6 mois, moy(ET), n=28	-1.61(3.4)	-2.11(3.82)	-1(3.77)	-2(2.31)	0.730
Dépression post- hypnose, moy(ET), n=30	-1.3(3.46)	-2.44(2.51)	-1.08(3.35)	-0.38(4.5)	0.462
Dépression à 6 mois, moy(ET), n=30	-1.24(3.11)	-2.56(2.4)	-1.75(3)	1(3.07)	0.042 *
SF-36 modifié					
<i>SG physique post-hypnose, moy(ET), n=29</i>	15(56.64)	30.22(56.8)	10.31(44.08)	42.43(64.56)	0.083
<i>SG physique à 6 mois, moy(ET), n=29</i>	22.98(47.05)	22.39(25.48)	18.46(60.31)	32.14(45.24)	0.835
<i>SG émotionnel post- hypnose, moy(ET), n=29</i>	32.28(63.44)	22.89(38.22)	21.77(67.32)	63.86(78.96)	0.330
<i>SG émotionnel à 6 mois, moy(ET), n=29</i>	27.21(59.87)	6.22(62.18)	31.83(58.01)	46.29(60.62)	0.404
<i>Perception d'un CS post- hypnose, moy(ET), n=31</i>	11.29(24.87)	22.22(19.54)	1.79(22.92)	15.63(29.69)	0.133
<i>Perception d'un CS à 6 mois, moy(ET), n=31</i>	16.94(28.42)	22.22(31.73)	12.5(21.37)	18.75(37.2)	0.734

Tableau 8 : Evolution des symptômes selon l'ancienneté de la douleur

L'ancienneté d'une douleur est un facteur péjoratif d'amélioration car elle traduit un ancrage prolongé avec des remaniements certains des voies de la douleur et des échecs répétés à des traitements variés. Nous avons donc voulu étudier si la variation des symptômes dépendait de la durée de la douleur chronique.

Nous avons arbitrairement dissocié trois groupes de patients en fonction de l'ancienneté de leur douleur : un groupe dont la douleur évolue depuis moins de trois ans, un groupe douloureux depuis 4 à 14 ans et un groupe souffrant depuis plus de 15 ans.

Nous constatons dans ce tableau que le groupe qui présente une douleur chronique depuis moins de 3 ans s'améliore davantage au niveau de la dépression à long terme que la population générale et ce de manière significative ($p= 0.042$).

La variation des autres symptômes ne dépend pas de l'ancienneté de la douleur.

d) Corrélation entre l'évolution des symptômes et l'âge

	Coeff de corrélation de Pearson	p-value
Douleur post-hypnose, moy(ET), n=31	-0.193	0.3
Douleur à 6 mois, moy(ET), n=31	0.076	0.686
Anxiété post-hypnose, moy(ET), n=28	-0.062	0.756
Anxiété à 6 mois, moy(ET), n=28	-0.16	0.409
Dépression post-hypnose, moy(ET), n=30	-0.087	0.65
Dépression à 6 mois, moy(ET), n=30	0.244	0.202
SF-36 modifié		
<i>SG physique post-hypnose, moy(ET), n=29</i>	0.033	0.867
<i>SG physique à 6 mois, moy(ET), n=29</i>	-0.055	0.777
<i>SG émotionnel post-hypnose, moy(ET), n=29</i>	0.026	0.893
<i>SG émotionnel à 6 mois, moy(ET), n=29</i>	-0.162	0.412
<i>Perception d'un CS post-hypnose, moy(ET), n=31</i>	0.05	0.79
<i>Perception d'un CS à 6 mois, moy(ET), n=31</i>	-0.276	0.133

Tableau 9 : Corrélation entre l'évolution des symptômes et l'âge

Nous avons effectué une corrélation pour vérifier l'absence d'effet de l'âge sur les résultats observés.

Il n'y a pas de corrélation significative entre l'âge du patient et la variation des symptômes observés à moyen terme et à long terme.

V. Discussion

A. Synthèse des résultats

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de l'apprentissage de l'auto hypnose sur l'intensité de la douleur chez des patients douloureux chroniques via l'évolution de l'échelle EVA à moyen et à long terme.

Nous n'avons pas observé de variation significative de cette échelle aussi bien à moyen terme (fin des cinq séances d'hypnose) qu'à long terme (lors de la réévaluation à six mois-un an). Nous pouvons donc conclure que l'apprentissage de l'auto hypnose chez ces patients ne modifie pas l'intensité de leur douleur durant le temps de cette étude.

Dans sa méta analyse publiée en 2007, Elkins et al retrouve sur les 13 essais randomisés, trois dont les résultats sont non significatifs en terme de modification de l'intensité de la douleur (19). Dans l'étude de Spinhoven et Linssen portant sur des patients lombalgiques chroniques, il n'est pas mis en évidence de supériorité de l'hypnose par rapport à l'éducation thérapeutique sur l'EVA avec un suivi à deux mois (20).

Dix des patients de notre étude souffrent de douleur neuropathique. Dans la revue Cochrane récente (2014) réévaluant l'ensemble des techniques non médicamenteuses susceptibles d'améliorer les douleurs chroniques post lésions spinales, il apparaît que l'hypnose ne fait pas la preuve de son efficacité dans cette étiologie.(21) Nous retrouvons le même résultat en terme de non amélioration de l'intensité douloureuse sur l'EVA.

Les 13 patients migraineux de notre échantillon semblent avoir une amélioration de l'intensité de leur douleur plus importante que les patients présentant d'autres pathologies sans que ces résultats ne ressortent de manière significative. Il faut noter que la méta analyse de Elkins exclue les études avec céphalées ou migraines.

Contrairement à nos résultats, la majorité des études s'accordent à retrouver une baisse significative de l'échelle visuelle analogique après prise en charge par hypnose mais ces études sont souvent centrées sur une seule pathologie avec un suivi à court terme (22,23).

On peut remarquer, dans notre étude, que le score moyen de l'EVA est modéré. Ceci est constaté dans d'autres études sur des cohortes de patients plus importantes avec généralement un score moyen de la douleur modéré qui s'améliore de façon significative mais avec au final, une douleur que l'on considère toujours comme modérée (24,25).

Peu d'études dans la littérature ont étudié les effets de l'auto-hypnose sur les autres dimensions de la douleur telles que la qualité de vie, le niveau d'anxiété et de dépression, ce qui a déjà été souligné dans la méta analyse de Elkins et al.

Une des forces de notre étude réside dans la définition de nos objectifs secondaires. En effet, nous y avons étudié l'influence de l'apprentissage de l'hypnose sur les symptômes anxio-dépressifs des patients, préexistants ou consécutifs à leur douleur chronique.

Anxiété, dépression et catastrophisme sont retrouvés en proportion plus importante chez les patients douloureux chroniques (26). Avant prise en charge par technique d'auto-hypnose, on retrouve au sein des patients un score moyen d'anxiété modérée à sévère avec seulement 8 patients sur les 31 ne présentant aucun symptôme d'anxiété et 10 patients, aucun symptôme de dépression. Nous avons constaté à partir des scores de base de l'HADS que les patients de notre étude étaient plus anxieux que déprimés.

Dans son étude récente sur la population canadienne, Csupak C. et al retrouve un taux de trouble anxieux généralisé plus important chez les migraineux (6,9%) comparés aux patients lombalgiques et arthrosiques (27). L'étude multicentrique française de F. Radat publiée en 2013, notait un taux de prévalence de trouble anxieux chez les patients souffrant de douleur neuropathique de 12,1% (28). Ces deux études soulignent le taux élevé d'anxiété dans les douleurs chroniques et plus particulièrement chez les migraineux et les patients atteints de douleur neuropathique qui sont les deux groupes de patients les plus représentés dans cette étude.

Dans notre population de douloureux chroniques, les symptômes anxio-dépressifs, ont diminué significativement entre le pré et le post-traitement et se sont maintenus à long terme lors de la réévaluation.

Les patients les plus répondeurs sur les deux dimensions à moyen terme, semblent être les patients présentant des douleurs neuropathiques. Mais ces résultats ne ressortent pas de manière significative.

A travers le tableau 7 et le tableau 8, nous remarquons que les hommes ainsi que les patients présentant des douleurs chroniques depuis moins de 3 ans, améliorent davantage leurs scores aux échelles EVA et HADS mais ces résultats ne ressortent pas de manière significative (sauf pour la dépression à long terme dans les douleurs récentes).

Un autre de nos objectifs secondaires était l'étude de l'impact de l'auto-hypnose sur la qualité de vie de ces patients. En psychologie et en médecine, la qualité de vie est le jugement que porte une personne sur divers aspects de son bien-être physique, social et psychologique. Elle peut être évaluée par diverses échelles standardisées.

Dans notre étude, l'hypnose affecte de façon positive la dimension émotionnelle de la douleur chronique (cf tableau 4). L'amélioration du score global émotionnel a été plus importante que celle du score global physique (gain de 32 points par rapport à 15 points pour le score global physique).

Cette amélioration a été retrouvée de manière significative à moyen comme à long terme, contrairement à la dimension physique où l'amélioration ne s'est retrouvée significative qu'à long terme.

Cette évolution favorable du score global émotionnel de qualité de vie est parfaitement en accord avec nos résultats précédents. En effet, si les patients constatent une diminution de leur anxiété et de leur dépression, il semble normal que la part émotionnelle de leur qualité de vie s'améliore.

Dans le score global émotionnel, une dimension semble plus sensible que les autres : il s'agit des limitations liées aux problèmes émotionnels ($p=0.011$). Les patients semblent moins limités par leurs problèmes d'ordre émotionnel dans leur vie quotidienne après l'apprentissage de l'auto-hypnose. On peut ici faire le lien avec les objectifs des différentes séances dont certaines sont centrées sur l'émotion et la bienveillance (séance 3 et 4). Ceci est confirmé par la perception significative du changement de l'état de santé par rapport à l'année précédente ($p=0.017$).

Les patients migraineux présentent une amélioration de leurs scores globaux (physiques et émotionnels) plus importante par rapport aux autres pathologies sans que cela soit stable dans le temps et tout en étant non significatif car $p > 0.05$. De même, nous ne retrouvons pas de corrélation entre l'ancienneté de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie même si les patients douloureux depuis plus de 14 ans semblent noter une amélioration plus importante.

Lors de nos recherches nous avons pu constater que le rôle du groupe a peu été étudié dans la littérature malgré ce qu'il apporte dans les thérapies complémentaires (exemplarité et effet rassurant vu précédemment).

Toutefois, l'étude de Vanhauzenhuysse et col. , publiée en 2015, compare l'impact de plusieurs techniques à travers cinq groupes de patients sur l'intensité de la douleur mais aussi la qualité de vie (SF36), l'anxiété et la dépression (29). Ici, les patients de l'étude furent répartis en 5 groupes (groupe contrôle/ auto-hypnose/ psycho-éducation/ physiothérapie/ psycho-éducation + physiothérapie).

Dans cette étude, c'est dans le groupe auto hypnose que l'on retrouve les résultats les plus significatifs avec une décroissance de l'intensité de la douleur ainsi que de l'anxiété et de la dépression et une augmentation en termes de qualité de vie. L'amélioration était également particulièrement ressentie dans le fonctionnement émotionnel. Aucune différence avant et après traitement n'a été démontrée dans le groupe contrôle.

Nous pouvons également citer des études sur d'autres populations comme les hémodialysés, les situations de cancer en soins palliatifs qui ont retrouvé également l'effet bénéfique de l'hypnose sur l'anxiété et la dépression (Gartner et al., 2011; Plaskota et al., 2012; Untas et al., 2013). Certaines études n'ont cependant pas retrouvé l'effet positif de l'hypnose sur les symptômes dépressifs des patients douloureux chroniques (Jensen et al. 2005). Ces résultats différents peuvent être expliqués par des facteurs méthodologiques comme des suggestions hypnotiques différentes.

En effet, il est certain qu'un des premiers obstacles à l'étude de l'hypnose est l'absence de définition consensuelle et de modélisation. Pour exemple, Jensen et Patterson en 2003 (30) ont soutenu que les exercices de relaxation comprenait beaucoup de composants « hypnotic-like » et ont noté que la réponse retrouvée dans les exercices de relaxation pouvait être associée à l'hypnotisabilité. L'hypnose est souvent comparée à la TCC ou la relaxation qui ont l'avantage de présenter des protocoles plus précis et reproductibles. En réalité elle reprend ces deux techniques mais plus librement en les enrichissant d'images mentales et de métaphores.

B. Forces et limites de l'étude

a) Représentation de la population générale

Notre étude est représentative de la population générale des patients douloureux chroniques sur plusieurs points.

Tout d'abord, il n'a pas été réalisé en amont de l'étude, lors de l'inclusion des patients, de test d'hypnotisabilité qui aurait sélectionné des profils de patients plus ou moins sensibles à la suggestion. Ici, le profil des patients est inconnu ce qui est plus représentatif de la population générale. L'âge moyen de notre population ainsi que la proportion hommes-femmes sont proches des données de l'étude « Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes »(31). Les pathologies les plus fréquentes sont toutefois différentes.

Un tiers des patients sont des migraineux et un autre tiers présente des douleurs neuropathiques. Cette surreprésentation est en lien avec le recrutement du CETD. Celui-ci a développé au fil des années un lien fort avec le service de neurologie orienté migraine et céphalées ainsi qu'avec le service de neurochirurgie pourvoyeur de douleur neuropathiques séquellaires.

Ainsi, différents profils sont retrouvés dans la base de données pré traitement. Contrairement à certaines études qui étudient uniquement les patients avec des fibromyalgie (23,32) ou de sexe féminin (33), notre étude comprend de nombreuses pathologies qui durent depuis plus ou moins longtemps (allant de quelques mois à plusieurs dizaines d'années) étudiées dans les deux genres. Les douleurs des patients sont liées à différentes étiologies. Ils arrivent avec

des histoires de vie différentes, donc des sensibilités et des réponses à la douleur qui ne sont pas similaires et peuvent parfois être considérés comme peu comparables. Mais cela représente également une force, comme nous l'avons vu, dans la mesure où ce type de population est alors plus représentatif de la population générale.

Néanmoins, il convient de souligner que les patients se présentant au CETD sont des patients vus en troisième ligne de traitement, donc en soins surspécialisés. Ces patients seraient enclins à des pensées catastrophiques envers la douleur, donc à une surestimation de la perception douloureuse, comparativement à ceux vus en première ligne de traitement. Ces patients douloureux chroniques présentent une démarche volontaire de traitement et tendent donc à être beaucoup plus réceptifs que la population générale à ce qui leur est apporté. La participation à une prise en charge en auto-hypnose résulte d'une proposition de l'équipe soignante, d'un choix volontaire du patient et d'une proximité géographique permettant un accès facile à la structure.

b) Groupe contrôle

Notre étude est une étude rétrospective observationnelle monocentrique portant sur un échantillon limité de patients donc de faible puissance et présentant un faible niveau de preuve dans la mesure où cette étude ne comprend pas de groupe contrôle. Cela rend difficile de conclure à une efficacité spécifique de l'hypnose chez ces patients. Nos résultats sont donc à interpréter avec prudence.

Beaucoup d'études ont comparé un groupe hypnose à de la relaxation (21,24,25), à des psychothérapies type TCC (26) et/ou à un groupe témoin (sans traitement). La comparaison des thérapies complémentaires à un groupe placebo s'avère néanmoins, beaucoup plus difficile que dans l'évaluation de l'efficacité d'un médicament. En effet, comme il est souligné dans la discussion du rapport de l'INSERM de 2015 « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose » (11), l'insu dans ce type d'étude s'avère très compliqué dans la mesure où le thérapeute sait forcément ce qu'il délivre et le patient a conscience de la thérapie qu'il reçoit. Les biais liés à leurs propres croyances et attentes ne peuvent donc pas être neutralisés.

c) Standardisation

Dans de nombreuses études et notamment dans les essais contrôlés randomisés, la standardisation des interventions est recommandée. Cela permet la reproduction de l'intervention si celle-ci s'avère efficace et apporte l'avantage de cerner précisément ce que l'on évalue en limitant l'hétérogénéité de l'intervention évaluée. Cependant, si elle ne pose pas de problème pour l'évaluation du médicament, la standardisation ne semble pas adaptée à la plupart des approches complémentaires. Elle est souvent manquante comme constatée dans l'étude de G. Elkins en 2007 (19). En effet, les approches complémentaires, comme l'hypnose, proposent le plus souvent des prises en charge individualisées et non standardisées.

Ainsi, la force de notre étude réside dans la standardisation et la protocolisation des procédures hypnotiques utilisées lors des séances de groupe. Au cours des années, les séances ont toujours été réalisées par le même intervenant, respectant un schéma précis avec toujours les mêmes objectifs, fixés à l'avance (cf déroulé des séances). La prise en charge

en groupe a facilité la standardisation. En effet, lors de séances individuelles, le thérapeute s'adapte à son patient et utilise des techniques plus personnalisées.

d) Evaluation à long terme

Notre étude porte sur une évaluation à deux moments précis : en post hypnose et entre 6 mois-un an plus tard. En post hypnose, on peut supposer un effet thérapeute-dépendant, lié à l'impact des séances. Par contre, à distance, l'effet dépend du travail de reproduction des techniques d'auto hypnose apprises, que le patient effectue chez lui à domicile. On retrouve ici tout l'intérêt des enregistrements audio qui permettent au patient de refaire à son domicile avec l'aide de la voix enregistrée du thérapeute les séances dont il a bénéficié au sein du CETD. Durant cette période, les patients sont autonomisés, la fréquence des séances d'autohypnose dépend alors de la volonté et de la possibilité de chacun.

Notons qu'il peut exister, de plus, des facteurs extérieurs intervenant sur l'évolution de leurs symptômes qui ne peuvent pas être pris en compte dans cette étude (début d'une psychothérapie, changement de saison,...).

Dans l'étude de Gay et Al. en 2002 qui porte sur l'étude de l'auto hypnose dans les douleurs ostéo-articulaires (34), le suivi effectué sur 6 mois constate une décroissance de l'effet bénéfique observé en post traitement dans le temps. L'auteur se demande alors si cela est lié à l'absence de répétition volontaire des techniques d'auto hypnose à domicile par le patient. Il pose alors la question de l'intérêt de donner des consignes strictes sur le rythme des séances à la maison voire d'imposer un rythme sur les premiers mois pour les patients réticents à réaliser un investissement personnel ou pour les personnes âgées.

Il est à noter cependant que les techniques d'auto-hypnose ont peu été étudiées dans les études sur l'hypnose et la douleur chronique. De même, le suivi des patients ayant bénéficié de l'hypnothérapie au sein de ces études dépasse rarement 6 mois. La question de l'efficacité de l'hypnose sur le long terme reste donc posée. L'étude de Vanhauzenhuyse citée précédemment s'arrêtait à un suivi à 9 mois. Et dans les 13 études de la méta analyse de G. Elkins, la grande majorité avait un suivi à 3 mois ou moins (19,29).

Il faut citer néanmoins, l'étude de Dinges et Al. (1997) qui a étudié la prise en charge des douleurs liées aux crises vaso-occlusives dans la drépanocytose par les techniques d'auto hypnose sur une durée de presque 2 ans (35) Les séances d'autohypnose ont entraîné une diminution de la fréquence des crises ainsi qu'une amélioration du sommeil et une diminution de la prise d'antalgiques et ce de manière durable dans le temps. A noter que les patients n'étaient par contre pas autonomisés comme dans notre étude puisque le rythme des séances était imposé.

Il convient également de citer l'étude de Spiegel et Bloom (1983) (36) qui a réalisé un suivi sur 12 mois de la prise en charge de douleur dans le cancer du sein métastatique par les techniques d'auto hypnose (une des première étude sur le sujet à notre connaissance). Il est ressorti de manière significative une diminution de l'intensité de la douleur par rapport au groupe contrôle.

e) Perdus de vue

Enfin, un grand nombre de dossiers n'ont pu être exploités car incomplets. En effet, il manquait souvent la réévaluation à long terme. On peut alors se demander pourquoi ces patients ont été perdus de vue. Est-ce parce que les cinq séances d'hypnose ont suffi à les soulager et qu'ils n'ont pas perçu l'intérêt de revenir à 6 mois ? Est-ce au contraire lié à la déception et à un abandon de ces techniques par manque d'efficacité ? Ces patients n'ont-ils pas pu revenir à cause de l'aggravation de leurs douleurs, d'une hospitalisation, ... ?

C. Perspectives

- Comme il a été décrit dans notre introduction, la douleur est un processus subjectif qui peut difficilement être évalué avec des échelles et des scores quantitatifs. Ainsi, il semblerait plus opportun d'avoir recours à des études qualitatives dans un premier temps afin de préciser le critère de jugement le plus pertinent et seulement ensuite effectuer des études quantitatives (38).
- Les résultats de notre étude plaident en faveur d'un travail d'information en amont en insistant sur les attentes des patients avant de débiter une prise en charge en hypnose. Il semble important de prévenir les patients que l'intervention par techniques d'auto-hypnose ne va pas tant modifier l'intensité de leur douleur inscrite dans leur quotidien depuis de nombreuses années que les aider à vivre avec, à mieux l'accepter, à prendre du recul et à retrouver le contrôle de leur vie. Il est important de fixer l'objectif principal et les résultats attendus dès la première séance.

De même, nos résultats montrent que l'amélioration des symptômes est d'autant plus importante que la douleur est prise en charge tôt. Il semble donc important d'orienter les patients vers ce genre de thérapie le plus tôt possible pour éviter un retard de prise en charge.

- Compte tenu de la variabilité de la réponse des patients à l'hypnothérapie pour une même indication et au-delà de la notion d'« hypnotisabilité » (par définition sujet-dépendante) il paraît nécessaire de mener des études relatives au profil des patients répondeurs à l'hypnothérapie. Cela permettrait de mieux poser l'indication de l'hypnose non pas seulement en fonction d'une étiologie de la douleur, mais aussi en fonction d'un profil « répondeur ».
- Dans sa discussion, G. Elkins établit que la recherche a encore à déterminer l'importance et la meilleure façon de fournir les instructions dans la pratique de l'auto hypnose. Il soulève une question importante : quelle est la fréquence du nombre de séances d'auto hypnose nécessaires afin de ressentir un effet durable des bénéfices de la pratique ?
Certaines études ont tenté de répondre à cette question : dans ce domaine, 10 séances ont été la norme pendant longtemps, avant que des modèles 3 ou 5 séances soient testés.
On est finalement revenu à 10 séances quel que soit la douleur chronique dont il est question, avec des bénéfices qui se maintiennent dans le temps lorsque l'on franchit le seuil de 7 séances (Jensen et al, 2009; Mubiri et al, 2015). Ce «seuil» peut être

abaissé dans le cadre où l'autohypnose est couplée à d'autres approches, ce qui est le cas pour l'approche développée sur Liège par Faymonville.

En effet, beaucoup d'études relèvent l'importance d'associer l'hypnose avec des thérapies psychologiques afin de potentialiser les effets bénéfiques sur la douleur chronique (Alladin and Alibhai, 2007; Jensen et al., 2011).

VI. Conclusion

Notre étude conclut donc à l'efficacité des techniques d'auto-hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique à moyen et à long terme. Si elles ne diminuent pas la perception de la douleur, elles la rendent plus acceptable. Notre étude s'inscrit dans la continuité du constat qui est que la majorité des patients pratiquant l'autohypnose font état d'une amélioration du contrôle perçue (croyance que le sujet a dans le fait de pouvoir agir sur ses propres états internes, sur son comportement ou sur son environnement) (30).

La littérature scientifique est unanime sur le fait que l'avantage de l'hypnose ne se situe pas tant dans une amélioration de la façon dont la perception douloureuse est plus ou moins présente, mais dans la diminution de la «charge négative» associée à la douleur dans la vie du patient (qualité de vie, diminution de la pénibilité associée à la douleur, amélioration de leur tableau global, moins de catastrophisme...) (39). D'autant qu'une diminution qui peut paraître minoritaire est en fait perçue comme une avancée importante par les patients (37).

Dans une étude de 2015, Tan et al. placent même l'autohypnose de par son efficacité mais également son moindre coût et son absence d'effets indésirables en première intention dans la gestion de la lombalgie chronique (38)

L'hypnose représente une technique thérapeutique séduisante dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique. Comme d'autres approches non médicamenteuses, elle ne présente pas les effets secondaires ou les risques de dépendance de certains traitements antalgiques, évite les phénomènes d'addiction et de mésusage qui suscitent une inquiétude croissante en terme de santé publique (14). Et surtout, cette technique présente des effets positifs indépendants de l'effet antalgique obtenu tels que l'augmentation du sentiment de bien-être, l'amélioration du sommeil, une meilleure satisfaction de vie.

La chronicité entraîne la confusion, une altération de la raison, de la sensorialité, de la temporalité, qui sont rythmés par cette seule douleur. Car avec le temps c'est l'univers tout entier du patient dans sa globalité qui se retrouve centré sur ce symptôme (37).

Comme l'écrit J M Benhaim « À force de fixer un problème ou un organe blessé, la douleur et la souffrance s'installent, occupant tout le champ de perception de la personne.(...) Les patients douloureux chroniques sont dans un contrôle permanent qui leur ferme l'accès à leur sensorialité première. Ce contrôle est un système de défense qui résulte du besoin de se protéger de la souffrance et des souffrances éventuelles à venir. Ce

contrôle est aussi une rigidité qui rend tout changement impossible. Les exercices d'hypnose visent à réduire ou à modifier ce contrôle. La particularité de la sensorialité première ou perceptude est d'être un accès vers une totale liberté de perception et donc de réaménagement du corps intégrant le handicap ».

Si les études, les méta-analyses et les recherches réalisées jusqu'à aujourd'hui sont encourageantes, il demeure nécessaire de mener de nouveaux travaux afin notamment d'évaluer avec une plus grande rigueur scientifique les mécanismes et les effets bénéfiques de l'hypnose dans le traitement global de la douleur chronique. Dès aujourd'hui cependant, l'on peut affirmer que l'hypnothérapie se présente comme une technique sûre, pouvant être proposée en complément d'un traitement médical standard aussi bien qu'en cas d'échec thérapeutique.

Bibliographie

1. Définition [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: [/http://www.sfetd-douleur.org/definition](http://www.sfetd-douleur.org/definition)
2. Haute Autorité de Santé - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. [cité 31 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
3. Casey K. Sensory, Motivational, and Central Control Determinants of Pain. In 1968. p. 423-39.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). ÉVALUATION ET SUIVI DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE EN MÉDECINE AMBULATOIRE [Internet]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
5. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. juin 2008;136(3):380-7.
6. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès, Nantes 17 novembre 2006.
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
8. Code de la santé publique - Article L1110-5. Code de la santé publique.
9. [Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf) [Internet]. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
10. Thèse Deligne F. Intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la fibromyalgie, évaluation de cette technique un an après sa mise en place : Étude qualitative auprès de patients suivis au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes. 2015.
11. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Rapport INSERM juin 2015 [Internet]. [cité 31 août 2017]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
12. Erickson MH. *The Nature of Hypnosis and Suggestion*. Irvington Publishers; 1980. 590 p.
13. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *Am J Clin Hypn*. avr 2015;57(4):378-85.

14. G. Tosti. L' hypnose médicale dans la gestion de la douleur chronique. mars 2017; Douleur analgésie. DOI 10.1007/s11724-017-0531-2
15. Thèse Diemiaszonek, Emilie. Intérêts de l'hypnose dans les douleurs aiguës et chroniques. 2016.
16. Lanfranco RC, Canales-Johnson A, Huepe D. Hypnoanalgesia and the study of pain experience: from Cajal to modern neuroscience. *Front Psychol* [Internet]. 30 sept 2014 [cité 5 mars 2018];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4179709/>
17. Melzack R, Perry C. Self-regulation of pain: the use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. *Exp Neurol*. mars 1975;46(3):452-69.
18. Haanen HC, Hoenderdos HT, Van LR, Hop WC, Mallee C, Terwiel JP, et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol*. janv 1991;18(1):72-5.
19. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2007;55(3):275-87.
20. Spinhoven P, Linsen AC. Education and self-hypnosis in the management of low back pain: a component analysis. *Br J Clin Psychol*. mai 1989;28 (Pt 2):145-53.
21. Boldt I, Eriks-Hoogland I, Brinkhof MWG, de Bie R, Joggi D, von Elm E. Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 nov 2014;(11):CD009177.
22. Tan G, Fukui T, Jensen MP, Thornby J, Waldman KL. Hypnosis treatment for chronic low back pain. *Int J Clin Exp Hypn*. janv 2010;58(1):53-68.
23. Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A, Rull M. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain Lond Engl*. mai 2007;11(4):463-8.
24. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Hanley MA, Raichle KA, Molton IR, et al. Effects of Self-Hypnosis Training and Emg Biofeedback Relaxation Training on Chronic Pain in Persons with Spinal-Cord Injury. *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2009;57(3):239-68.
25. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Clin Neurophysiol*. oct 2014;44(4):343-53.
26. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth*. juill 2013;111(1):13-8.
27. Csupak B, Sommer JL, Jacobsohn E, El-Gabalawy R. A population-based examination of the co-occurrence and functional correlates of chronic pain and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 17 avr 2018; pii: S0887-6185(18)30047-1. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.04.005.
28. Radat F, Margot-Duclot A, Attal N. Psychiatric co-morbidities in patients with chronic peripheral neuropathic pain: a multicentre cohort study. *Eur J Pain Lond Engl*. nov 2013;17(10):1547-57.

29. Vanhauzenhuysse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Barsics C, Grosdent S, et al. Efficacy and cost-effectiveness: A study of different treatment approaches in a tertiary pain centre. *Eur J Pain Lond Engl.* nov 2015;19(10):1437-46.
30. Patterson DR, Jensen MP. Hypnosis and clinical pain. *Psychol Bull.* juill 2003;129(4):495-521.
31. Alain Eschaliers Gérard Mick. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Suvey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. 3 janv 2013;
32. Grøndahl JR, Rosvold EO. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: a randomized controlled pilot trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 18 sept 2008;9:124.
33. Hosseinzadegan F, Radfar M, Shafiee-Kandjani AR, Sheikh N. Efficacy of Self-Hypnosis in Pain Management in Female Patients with Multiple Sclerosis. *Int J Clin Exp Hypn.* mars 2017;65(1):86-97.
34. Gay M-C, Philippot P, Luminet O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erikson hypnosis and Jacobson relaxation. *Eur J Pain Lond Engl.* 2002;6(1):1-16.
35. Dinges DF, Whitehouse WG, Orne EC, Bloom PB, Carlin MM, Bauer NK, et al. Self-hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease. *Int J Clin Exp Hypn.* oct 1997;45(4):417-32.
36. Spiegel David, Bloom Joan R. Pain in metastatic breast cancer. *Cancer.* 29 juin 2006;52(2):341-5.
37. Jensen MP, Galer PD, Johnson LL, George HR, Mendoza ME, Gertz KJ. The Associations Between Pain-related Beliefs, Pain Intensity, and Patient Functioning: Hypnotizability as a Moderator. *Clin J Pain.* 2016;32(6):506-12.
38. Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Fukui T, Smith D, Williams W. A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *Eur J Pain Lond Engl.* févr 2015;19(2):271-80.
39. Antoine Bioy. Hypnose et douleur: où en est-on ? Dossier SFETD . Septembre 2015
40. Pain STORY congrès EFIC (The European Federation of IASP Chapters) 2009. Disponible sur <https://www.painstory.org>

Annexes : questionnaires

QUESTIONNAIRE HYPNOSE

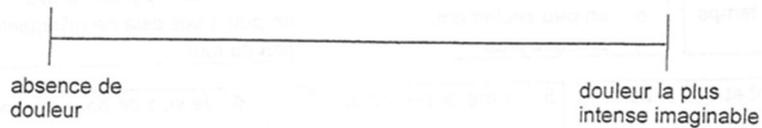
EVALUATION INITIALE T1

Nom et prénom du patient :

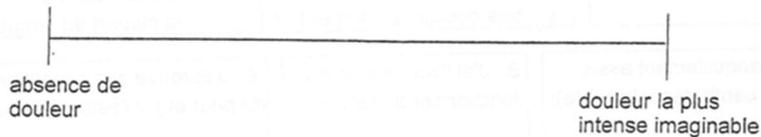
Date :

Partie I : Intensité de la douleur

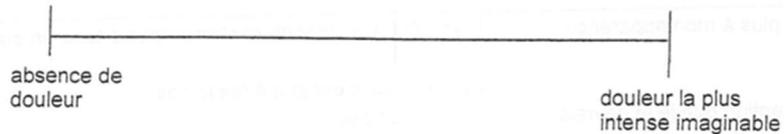
Indiquez par un trait sur la ligne ci-dessous où se situe l'intensité de votre douleur au moment présent :



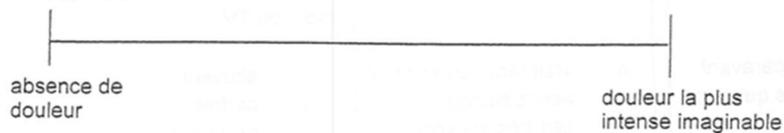
Indiquez sur la ligne suivante la douleur la plus forte que vous ayez eue au cours de ces derniers jours :



Indiquez sur la ligne suivante la douleur la plus faible que vous ayez eue au cours de ces derniers jours :



Indiquez sur la ligne suivante l'intensité moyenne de votre douleur au cours de ces derniers jours :



Partie II : Emotions (HADS)

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé (e): <input type="radio"/> la plupart du temps <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> de temps en temps <input type="radio"/> jamais	2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois: <input type="radio"/> oui tout le temps <input type="radio"/> pas autant <input type="radio"/> un peu seulement <input type="radio"/> presque plus	3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver: <input type="radio"/> oui, très nettement <input type="radio"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="radio"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="radio"/> pas du tout
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses: <input type="radio"/> autant que par le passé <input type="radio"/> plus autant qu'avant <input type="radio"/> vraiment moins qu'avant <input type="radio"/> plus du tout	5. Je me fais du souci: <input type="radio"/> très souvent <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> occasionnellement <input type="radio"/> très occasionnellement	6. Je suis de bonne humeur: <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> la plupart du temps
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté(e): <input type="radio"/> oui quoi qu'il arrive <input type="radio"/> oui en général <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> jamais	8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti: <input type="radio"/> presque toujours <input type="radio"/> très souvent <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> jamais	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué: <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> très souvent
10. Je m'intéresse plus à mon apparence: <input type="radio"/> plus du tout <input type="radio"/> pas autant d'attention que je le devrais <input type="radio"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="radio"/> j'y prête autant d'attention que par le passé	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place: <input type="radio"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="radio"/> un peu <input type="radio"/> pas tellement <input type="radio"/> pas du tout	
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses: <input type="radio"/> autant qu'auparavant <input type="radio"/> un peu moins qu'avant <input type="radio"/> bien moins qu'avant <input type="radio"/> presque jamais	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique: <input type="radio"/> vraiment très souvent <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> pas très souvent <input type="radio"/> jamais	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à 1 bonne émission radio ou TV: <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> très rarement

Partie V : qualité de vie (SF-36)

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans la vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- | | | |
|------------------|---|---|
| Excellente | 1 | <i>Entourez la réponse de votre choix</i> |
| Très bonne | 2 | |
| Bonne | 3 | |
| Médiocre | 4 | |
| Mauvaise | 5 | |

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

- | | | |
|--|---|---|
| Bien meilleur que l'année dernière | 1 | <i>Entourez la réponse de votre choix</i> |
| Un peu meilleur | 2 | |
| A peu près pareil | 3 | |
| Plutôt moins bon | 4 | |
| Beaucoup moins bon | 5 | |

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Liste d'activités.	Oui, très limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport.	1	2	3
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur	1	2	3
Soulever et porter les courses.	1	2	3
Monter plusieurs étages par l'escalier.	1	2	3
Monter un étage par l'escalier.	1	2	3
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.	1	2	3
Marcher plus d'un kilomètre à pied.	1	2	3
Marcher plusieurs centaines de mètres.	1	2	3
Marcher une centaine de mètres.	1	2	3
Prendre un bain, une douche ou s'habiller.	1	2	3

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

	OUI	NON
1. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	1	2
2. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	1	2
3. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?	1	2
4. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (Par exemple: cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

	OUI	NON
1. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	1	2
2. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	1	2
3. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude?	1	2

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnelle vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

Pas du tout	1	<i>Entourez la réponse de votre choix</i>
Un petit peu	2	
Moyennement	3	
Beaucoup	4	
Enormément	5	

7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

Nulle	1	<i>Entourez la réponse de votre choix</i>
Très faible	2	
Faible	3	
Moyenne	4	
Forte	5	
Très forte	6	

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques?

Pas du tout	1	<i>Entourez la réponse de votre choix</i>
Un petit peu	2	
Moyennement	3	
Beaucoup	4	
Enormément	5	

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:

En permanence	1
Très souvent	2
Souvent	3
Quelquefois	4
Rarement	5
Jamais	6

1. Vous vous êtes senti(e) dynamique?	1	2	3	4	5	6
2. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
3. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
4. Vous vous êtes senti(e) détendu(e)?	1	2	3	4	5	6
5. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5	6
6. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
7. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
8. Vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
9. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

En permanence	1
Une bonne partie du temps	2
De temps en temps	3
Rarement	4
Jamais	5

Entourez la réponse de votre choix

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas.

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
1. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
2. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
3. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
4. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

**VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN FOURNI UNE REPONSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS.
MERCİ POUR VOTRE COLLABORATION.**

Interest in the medium and long term of self-hypnosis techniques in the treatment of chronic pain

Introduction : Pain is a physiological universal phenomenon which express itself in an individual and social context. In France, 20% of general population suffers from chronic pain. It mostly affects old people and is an important health expense, chronic pain presents itself as a real public health problem. So, plans to fight against pain suggest to turn towards non-drug management techniques such as hypnosis.

Material and Method : This retrospective observational study evaluates the effects of self-hypnosis techniques learning in groups during six sessions among 31 participants with chronic pain. Self-questionnaires have been filled by the patients at the first session, at the end of five sessions (mid-term) and during the reevaluation 6-12 months (long term). The scores's evolution of pain intensity (EVA), anxiety/depression (HADS) as well as quality of life (SF 36) have been evaluated.

Results : Our population, mostly feminine, has an average age of 49.6 years. The diseases mostly represented are neuropathic pain and migraines. Self-hypnosis doesn't amend pain intensity neither medium nor long term. Nevertheless, there is a significative amelioration on both dimensions of HADS score, as well as on the quality of life in medium and long term.

Conclusion : The advantage of self hypnosis is not in the amelioration of pain perception but more in the diminution of « negative charge» associated to the pain.

Keys words : self-hypnosis / chronic pain / quality of life / anxiety / depression / pain intensity / hypnoanalgesia

Administrative discipline: GENERAL MEDICINE

Université Toulouse III- Paul Sabatier - Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Supervisor : Dr Nathalie CANTAGREL

Intérêt à moyen et long terme des techniques d'autohypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques

Introduction : La douleur est un phénomène physiologique universel qui s'exprime dans un contexte individuel et social. En France, 20% de la population générale souffrirait de douleur chronique. Touchant majoritairement les personnes âgées et constituant une dépense de santé importante, la douleur chronique se présente comme un véritable problème de santé publique. Les plans de lutte contre la douleur proposent donc de se tourner vers des techniques de prise en charge non-médicamenteuses telles que l'hypnose.

Matériel et Méthode : Cette étude rétrospective observationnelle évalue les effets d'un apprentissage en groupe de techniques d'auto-hypnose en six séances auprès de 31 participants douloureux chroniques. Des auto-questionnaires ont été remplis par les patients à la première séance, fin des cinq séances (moyen terme) et à la réévaluation entre 6-12 mois (long terme). L'évolution des scores de l'intensité de la douleur (EVA), de l'anxiété/dépression (HADS) ainsi que de la qualité de vie (SF 36) a été évaluée.

Résultats : Notre population, majoritairement féminine, a une moyenne d'âge de 49.6 ans. Les pathologies les plus représentées sont les douleurs neuropathiques et les migraines. L'auto-hypnose ne modifie pas l'intensité de la douleur ni à moyen ni à long terme. Néanmoins, il existe une amélioration significative sur les deux dimensions de l'HADS, ainsi que sur la qualité de vie aussi bien à moyen qu'à long terme.

Conclusion : L'avantage de l'autohypnose ne se situe pas tant dans une amélioration de la perception douloureuse que dans la diminution de la «charge négative» associée à la douleur.

Mots Clés : auto-hypnose / douleur chronique / qualité de vie / anxiété / dépression / intensité de la douleur / hypnoalgésie

Titre en anglais : Interest in the medium and long term of self-hypnosis techniques in the treatment of chronic pain

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Université Toulouse III- Paul Sabatier - Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr Nathalie CANTAGREL